NIT 900.415.764-0

FORMATO DE RAM

Carrera 8 No. 23-22 Istmina – Chocó
Tel: 3146858289 - 3108950859
Email: porunnuevovivir@gmail.com

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Aura Nelis Sánchez CC 1076818155
Código CUENTAME UDS: 2736100063991 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Corazones
Dirección UDS: Sta Genoveva Sector Guayabal Teléfono UDS: 3105192584

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO.
01	R.C	1078474098	Dercy	Lilianny	Sanchez	Mosquera	2	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
02	R.C	1125026288	Elit	Zamara	Mosquera	Urrutia	4	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
03	R.C	1079102896	Isaac	N.A	Mosquera	Mosquera	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
04	R.C	1076338109	Maria	Alejandra	Rivas	Benitez	3	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
05	R.C	1076338852	Marian	Celeste	Cordoba	Ibargüen	2	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
06	R.C	1113821930	Danna	Violeta	Monsalve	Jimenez	2	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
07	R.C	1076338584	Miguel	Angel	Estrada	Perea	2	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
08	R.C	1031949728	Yoisi	Dayanny	Rivas	Bejarano	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
09	R.C	1076338569	Angel	Isaac	Torres	Valderrama	3	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
10	R.C	1077489761	Louise	Mariana	Cuesta	Arboleda	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
11	R.C	1076339160	Manuela	N.A.	Arboleda	Orejuela	1	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
12	R.C	1076338989	Richarlison	N.A	Asprilla	Rivas	2	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
13	R.C	1076339148	Joseph	Miguel	Moreno	Noriega	2	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	20		
														TOTAL 20		

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

Aura Nelis Sánchez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 1

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Luz H. Hosquera CC 39301357

Código CUENTAME UDS: 27361000063991 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Corazones

Dirección UDS: Bl Sta Genoveva Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1011449775	Wendy	Dayana	Hosquera	Urrutia	3	8					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
02	RC	1076338516	Yosual	Alexandro	Cordoba	Hosquera	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
03	RC	1076339450	AXel	David	Giraldo	Hosquera	1	5					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
04	RC	1076339325	Dioselin	Adhara	Hurtado	Hurtado	2	2					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
05	RC	1076339063	Heider	Santiago	Valois	Bonilla	2	1					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
06	RC	1076338274	Jean	Paul	Rentería	Chaverra	3	6					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
07	RC	1076339096	Wesley	Nikol	Moreno	Barahona	2	1					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
08	RC	1076338838	EVer	Smith	Rivas	Benitez	2	5					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
09	RC	1076339402	Jhoicer	Gael	Moreno	Hurtado	1	6					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
10	RC	1076338584	Anthony	Xavier	Barahona	Murillo	2	10					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
11	RC	1076338791	Yosuar	Stiven	Murillo	Tovar	2	6					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
12																																			
13																																			
																															TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Luz Marcela Hosquera

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 1

Regional: CHOCO Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Celmira Hinestroza CC 35695369

Código CUENTAME UDS: 27361000063991 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Corazones

Dirección UDS: Bl Sta Genoveva Guayabal. Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1076337755	Luisa	Fernanda	Mosquera	Rivas	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
02	RC	1076338724	Kiara	Lisett	Mosquera	Valencia	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
03	RC	1078103856	Luz	Ester	Benitez	Urrutia	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
04	RC	1079103208	Carolin	Andrea	Mosquera	Mosquera	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
05	RC	1076337949	Edwin	N-A	García	Delgado	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
06	RC	1076338628	Yuberlin	Amaran	Hurtado	Hurtado	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
07	RC	1077436514	Erick	Santiago	Palacios	Murillo	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
08	RC	1076338467	Salomé	N.A	Ibarguen	Ríos	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
09	RC	1076337839	Janer	Arley	Florez	Mosquera	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
10	RC	1079102574	Alan	Andrés	Arcos	Sanchez	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
11	RC	1076338780	Neythan	Aroon	Ibarguen	Diaz	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
12	RC	1113704632	Angel	Jared	Valois	Rivas	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
13																																		
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Yuly P. Arnold
COORDINADOR(A) EA

Mª Celmira Hinestroza I.
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ NUEVO VIVIR

NIT: _ 900.415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 565

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: ___ istmina

Nombre Agente Educativo (a): Virgelino Morales CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ agrupado la esperanza

Dirección UDS: _____ eduardo santos Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.076.337.841	JUAN	JOSE	MOSQUERA	MOSQUERA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
02	RC	1.076.339.423	EMMANUEL		QUINTO	BRAM							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
03	RC	1.076.339.153	HANNA	SOFIA	MOSQUERA	MARTINEZ							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
04	RC	1.079.103.263	MABEL	SOFIA	QINTO	MOSQUERA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
05	RC	1.076.338.954	THIAGO	SMIRH	PEREA	GARCIA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
06	RC	1.076.339.310	YEHILYN	SAMARA	COSSIO	CORREA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
07	RC	10.128.731.048	JAZLIN	ZADITH	RIVAS	QUINTO							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
08	RC	1.076.339.396	YAREH		CASTILLO	OREJUELA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
09	RC	1.076.338.976	DAHIAN	YARETH	PALACIOS	BORJA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
10	RC	1.076.338.300	IAM	SANTHIAGO	MOSQUERA	RIVAS							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
11	RC	1.079.102.547	HELLEN	VALERIA	PEREA	MOSQUERA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
12	RC	1.076.338.823	SEBASTIAN		MOSQUERA	BERRIO							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
13	RC	1.076.338.764	RUEIBER		MARTINEZ	MOSQUERA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			18		
																															TOTAL				

Verificación De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Yineyi P. Arias
COORDINADOR(A) EA

Virgelino Morales I.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :____ FUNADACION NUEVO VIVIR — IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ____

NIT: _ 900415764-0 — NÚMERO DE CONTRATO: _____ 565 — Regional: _____CHOCO_____ — Centro Zonal _____ ISTMINA — Municipio: _____ ISTMINA

MES: Mayo — AÑO: 2025 — Nombre Agente Educativo (a): YEHILA LISETH ALVAREZ — CC_____ #

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA — Código CUENTAME UDS: _____ — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB — Dirección UDS: _____ EDUARDO SANTOS — Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																																		TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																																				
									PRIMERA						SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA																
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076338268	YEIFRAN		MOSQUERA	RIAÑO								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
02	RC	1079103182	CARELING	WILLIANNY	RIVAS	MOSQUERA								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
03	RC	1076339153	JOSE	LUIS	MOSQUERA	IBARGUEN								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
04	RC	1076338657	GEICER	SAMIR	MOSQUERA	MINOTA								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
05	RC	1076338914	ANGEL	JAMIL	MURILLO	PIZARIO								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
06	RC	1076328014	LUZ	DARIANNY	PEREA	QUINTO								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
07	RC	1076338831	YHEIDER	ANDRES	MOSQUERA	COSSIO								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
08	RC	1076338572	GERONIMO		PACHECO	MARTINEZ								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
09	RC	1195217770	YELEAN	SARAY	ANGULO	MARTINEZ								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
10	RC	1076339452	ANDRES	MATHIAS	DOMINGUEZ	BOHORQUEZ								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
11	RC	1067295657	ISABELLA		MARTINEZ	MEJIA								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
12	RC	1034933478	JAZLIN	HALANNA	AGUIRRE	CORTEZ								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
13	RC	1076339000	KILIAM	JOSUE	HURTADO	MEDINA								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A										18		
																																							TOTAL		

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NINAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Yuly P Amd — COORDINADOR(A) EA

Yehila L. Alvarez. M. — RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ NUEVO VIVIR

NIT: _ 900.415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 565

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: ___ istmina

Nombre Agente Educativo (a): Claritza Monllo CC_____

Código CUENTAME UDS: _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ agrupado la esperanza

Dirección UDS: _____ eduardo santos Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1.076.338.734	JHOSUAR	JOSUE	HURTADO	HURTADO							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
02	RC	1.079.103.133	JOIBER		HACHITO	QUINTO							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
03	RC	1.774.666.662	JAVIER	MATHIAS	GONZALES	PAVA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
04	RC	1.076.338.822	MIA	ELIZABETH	PAVA	GAMBOA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
05	RC	1.076.338.557	MICHELL	ANDREA	MOSQUERA	IBARGUEN							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
06	RC	10.763.394.716	EITHAN	SAHEL	TORRES	PEREA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
07	RC	1.074.687.192	MEILYN	YAHAIRA	RENTERIA	CASTILLO							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
08	RC	1.079.102.617	JHOJAN	FERLEY	MOSQUERA	MOSQUERA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
09	RC	1.076.338.080	GABRIEL	FELIPE	MOSQUERA	URRUTIA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
10	RC	1.076.337.107	ALAN	SMITH	JULIO	QUINTO							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
11	RC	1.076.337.985	EMMANUEL		SANCHEZ	CORDOBA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
12	RC	1.079.102.970	DEIAN	JHOSUEP	URRUTIA	MOSQUERA							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
13	RC	1.079.102.863	YOFAR	SMITH	CORDOBA	WALDO							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
																																	TOTAL			

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	18

COORDINADOR(A) EA

Claritza Morillo
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FG-MO13-22 Versión 6	20/03/2019 Página 1 De 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565 565
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Maria Enorina CC 26341651
Código CUENTAME UDS: 27361000674406 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Maria Enorina
Dirección UDS: Barrio Eduardo Santos Teléfono UDS: 3117106851

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1079102927	Alber	Andres	Pallauos	Figueroa	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
02	RC	1076339356	Emely	Dahiara	Moreno	orejuela	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
03	RC	1079103123	Jhorolan	Smith	Valencia	Hurtado	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
04	RC	1076338998	Luz	Jhojary	Urrutia	Hurtado	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
05	RC	1076339146	Samuel	Enrique	Waldo	Palacios	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A				17	1	
06	RC	1076338265	Jhoarlinso		Reyes	orejuela	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
07	RC	1076338686	Jireth	Selene	ocampo	Quinto	2	10						A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A				17	1	
08	RC	1128731763	Daiver	Smith	Palacios	Orejuela	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
09	RC	1076338200	Freider	Stivinson	Martinez	Velasquez	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
10	RC	1076339432	Sharol	Dahiany	Gonzalez	Córdoba	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
11	RC	1076338264	Carlos	Andres	Pallacios	orejuela	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
12																																		
13																																		

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Maria Enorina Quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Karen G. CC 1076322842
Código CUENTAME UDS: 273610006749 4 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Karen G.
Dirección UDS: B/Eduardo S. Teléfono UDS: 3143193854

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES a VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076337804	Ceilyn	Alejandra	Quinto	Diaz			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
02	RC	1076339085	Keiner	Andres	Martinez	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
03	RC	1079102884	Liam	Samuel	Quinto	Martinez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
04	RC	1032034285	Darianny		Mosquera	Marquez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
05	RC	1076388421	Jahaziel		Rivas	Urrutia			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
06	RC	1076337895	Dalan	Yesid	Urrutia	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
07	RC	1076338059	Eylan	Gael	Valencia	Medina			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
08	RC	1034928827	Jesus	David	Cordoba	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
09	RC	1076339025	Lina	Natalia	Quinto	Hurtado			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
10	RC	1076338574	Yelsy	Adhara	Bonilla	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
11													
12													
13													
									TOTAL				

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Karen Gutierrez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	5/29/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo (a): a): MARIELA MURILLO MOSQUERA
Código CUENTAME UDS: 2736100067424
Dirección UDS: B/ EDUARDO SANTOS

Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA
CC # 54 257 941
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MARIELA MURILLO
Teléfono UDS: 314 697 1048

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1 076 339 461	MALORIN	DAVIANNI	URUTIA	PEREA	1	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
02	RC	1 076 339 017	NAYRA	NIKOL	LARGACHA	MOSQUERA	2	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
03	RC	1 079 103 033	ASHLI	YARELYS	MOSQUERA	QUINTO	3	0				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
04	RC	1 079 103 013	YAILER	AXEL	HURTADO	MORENO	3	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
05	RC	1 079 102 383	MIGUEL	ANGEL	IBARGUEN	REYES	4	8				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
06	RC	1 076 337 943	YEINER	YESID	URRUTIA	LOPEZ	4	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A				17	1	
07	RC	1 076 339 473	YEIMAR	ERNEY	URRUTIA	LOPEZ	1	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
08	RC	1 076 338 465	YEFRI	ANIEL	MARTINEZ	MOSQUERA	3	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																													TOTAL					

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	08
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

08
COORDINADOR(A) EA

mariela murillo M
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	5/29/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): Carmen Helena CC 35589577

Código CUENTAME UDS: 2736100067117 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Carmen Helena

Dirección UDS: Eduardo Santos la paz Teléfono UDS: 3127870801

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1067471732	Liam	Yared	Murillo	Mosquera	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
02	RC	1128731416	Heyser		Mosquera	Hernandez	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
03	RC	1079103427	Austin	Andres	Murillo	Zuñiga	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1076339109	Hellin	Fernanda	Mosquera	Mosquera	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1079103256	Reiner	Santiago	Quinto	obregon	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1076338416	Evelin	Yadary	Ordoñez	palacios	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1079103091	Jhoimar	Yesid	Mosquera	Mosquera	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1076338106	Jaider	Aledandro	Mosquera	perea	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	1076338639	Kimberlin	Dariana	Ordoñez	Palacios	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	1076339222	Jesus	manuel	Valencia	Mosquera	1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11	RC	1076338695	Heiser	Samuel	Cordoba	Mosquera	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
12	RC	1076339031	Elianny		Murillo	Mosquera	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
13												
									TOTAL			

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Carmen Helena Quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415704-0 NÚMERO DE CONTRATO: 599
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Maria Graciela CC 35 589 249
Código CUENTAME UDS: 2736100067-102 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Maria G. Boya M.
Dirección UDS: Maria Graciela Boya Mos Teléfono UDS: 313 625 5451

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1079 102 584	Dulce	Milagro	Hurtado	Moreno	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	P	18		
02	RC	1079 102 770	Jaiver	yecid	Orejuela	sánchez	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	I	18		
03	RC	1246798681	Madinn	Sofia	Monyoma	Ramirez	3	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	18		
04	RC	1200778806	Keilyn	Celeste	Duque	Mosquera	3	8	A A A A A	A A A A I	A A A A A	A A A A A	A	17	1	
05	RC	1076338598	Leider	yair	Mosquera	Ramirez	2	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	C	18		
06	RC	1076 339 372	Gael	David	Perma	Rojas	1	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	C	18		
07	RC	1079 102 696	Maiker	Jesus	Albornoz	Moreno	4	8	A A A A A	A A A A I	A A A A I	A A A A A	C	16	2	
08	RC	1076 339 414	Keilyn	Dorianny	cuesta	Mina	1	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	I	18		
09	RC	1076 338 866	Ehitan	Smith	Zuñiga	Mosquera	2	5	A A I A A	A A A I A	A A A A A	A A A A A	C M	16	2	
10																
11																
12																
13													TOTAL			

Verificación De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

Maria Graciela Boya M.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: MAYO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Carmen Quinto K CC 26-327-602

Código CUENTAME UDS: 27361000 67146 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carmen Quito

Dirección UDS: Eduardo Santos Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																													
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA									ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1076338160	Freider	Andres	Mosquera	Zuñiga							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
02	RC	1079102681	Yafran	Smith	Mosquera	Mosquera.							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
03	RC	1079102574	Maria	Mileidy	Sanchez	Quinto							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
04	RC	1079103048	Deris	Esteban	Palacios	Sanchez.							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
05	RC	1142525829	Isaac	David	Calindo	Rosero							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
06	RC	1079102972	Jhonfer	Ali	Palacios	Murillo							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
07	RC	1079103238	Eidy	Margarita	Mosquera	Hinestroza.							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A									18		
08																																					
09																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
																																		TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	01
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Carmen Quinto Rivas
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo Completo HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Encarnacion U CC 35589593
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Encarnacion U.
Dirección UDS: Barrio Pueblo Nuevo Teléfono UDS: 3105295409

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076338114	Dara	leandra	Quinto	Quinto			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
02	RC	1079102687	Crist	Lorenni	Minotta	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
03	RC	1079102566	Maria	José	Caicedo	Palacios			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
04	RC	1076338567	Hannia	Samara	Mallia	Caicedo			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
05	RC	1036969231	Sol	Adhara	Mallia	Caicedo			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
06	RC	1079103225	Haylen	Silvana	Mosquera	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
07	RC	1076338513	Arianna	Celeste	Mosquera	Palacio			I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		17	1	
08	RC	1076338872	Lchiasny	Samara	Sanchez	Borja			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
09	RC	1079102759	Weimar	Dallan	Mallia	Caicedo			A A I A A A A A A A A A A A A A A A A A		17	1	
10	RC	1076338156	Maikel	Stiwar	Córdoba	Asprilla			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
11	RC	1076338788	Emanuel		Potes	Palacios			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
12	RC	1076338671	Geider	David	Urrutia	Palacios			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		18		
13	RC	1076339039	Ailin	Shareth	Córdoba	Córdoba			A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A		17	1	
									TOTAL				

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO Encarnacion Urrutia B.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 585

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicio COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: Bcompleto HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal IGTMINA Municipio: Istmino

Nombre Agente Educativo (a): Rosalba Ibargüen CC

Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención 31

Dirección UDS: San francisco Teléfono UDS: 3117973672

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076338593	Dana	Sofia	Ibargüen	Ibargüen	3	7					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
02	RC	1168213001	Daxell	Damaris	quinto	Rivas	3	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
03	RC	1076337829	Cristina	Isabel	cassiani	orejuela	4	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
04	RC	1076338590	Angel	Josue	Rivas	Martinez	3	6					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
05	RC	1079103195	Jonar	Samir	Mosquera	Moreno	2	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
06	RC	1076338996	Alicia	Alexandra	Murillo	Murillo	2	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
07	RC	1076338973	Jailin	Yolaira	Mosquera	Waldo	2	9					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
08	RC	1076338914	Jodian	Smith	Umaña	Murillo	2	11					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
09	RC	1079103126	Alisson	Luciana	Umaña	Mosquera	2	6					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
10	RC	1078103236	Anny	Samantha	Rengifo	Mosquera	3	8					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
11	RC	1079103169	Yoleidy	Zoriana	Mosquera	Zuñiga	3	5					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
12	RC	1079109818	Luis	Carlos	Mosquera	Murillo	3	3					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
13																																			
																														TOTAL					

Verificación de Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

Rosalba Ibargüen Palacios

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/5/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___ FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: _ 900415674-0 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 565

MES: MAYO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ____ de ____

Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ ISTMINA Municipio: _ ISTMINA

Nombre Agente Educativo (a): ANA CLARITZA SALAZAR MOSQUERA CC 26328900

Código CUENTAME UDS: 2736100066890 FUNDACION NUEVO VIVIR

Dirección UDS: BARRIO SAN FRANCIASCO/PTE DE LOS AMATES Teléfono UDS: _ 3232861356

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	SEMANAS																											
								PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1077486880	GAEL	STEVEN	PEREA	RIVAS	3	11																										10	4	
02	RC	1076338379	ALANA		MOSQUERA	VALOYES	3	3																										18		
03	RC	1076338105	JASIL	DAVIANNY	MOSQUERA	DIAZ	3	10																										14	4	
04	RC	1076339006	GENESIS	YAEILIN	CORREA	URRUTIA	2	2																										14	4	
05	RC	1076339476	ARISTH	CATALEYA	ARROYO	PALACIOS	1	4																										16	2	
06	RC	1079102996	JUAN	DIEGO	MARTINEZ	HURTADO	3	2																										14	4	
07	RC	1140940490	MARA	YULIANNY	PEREA	AGUILAR	2	6																										14	4	
08	RC	1076338994	KYLIAN	SMITH	MENA	ASPRILLA	2	4																										10	8	
09	RC	1076338844	KARLA	YOFARYS	URRUTIA	AGUILAR	2	5																										14	4	
10	RC	1076338373	YOJHAN	ANDRES	QUINTO	MOSQUERA	3	3																										17	1	
11	RC	1076339397	YETZAEL		MURILLO	MURILLO	1	7																										10	8	
12	RC	1076339050	LUNA	ALEJANDRA	ANGULO	PAREJA	2	1																										15	3	
13	RC	1079103296	KEISSY	YELEANA	URRUTIA	MOSQUERA	1	6																										11	7	
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO 26328900

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Edian Paola Mosquera
Enlace tecnico

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR | IDENTIFICACIÓN | Hoja 1 de 1

NIT: 900415764-0 | NÚMERO DE CONTRATO: 565 | Regional: CHOCO | Centro Zonal ISTMINA | Municipio: Istmina

MES: Mayo | AÑO: 2025 | Nombre Agente Educativo (a): Katherine Y. Leno | CC 1076326733

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA | Código CUENTAME UDS: 27361000675S4 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención H.L. Katherine.

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB | Dirección UDS: B/San Francisco. | Teléfono UDS: 3147018398

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076338518	Luis	Alexis	Murillo	Gonzalez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
02	RC	1079102730	Alber	Antonio	Ariza	Mendoza			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
03	RC	1076339183	Laura	Isabel	Sanchez	Diaz			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
04	RC	1079103328	Dilan	Esmit	Moreno	Medina			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
05	RC	1076338466	Genesy		Mosquera	Orejuela			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
06	RC	1076338750	Marlen	Dalchia	Mosquera	palacios			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
07	RC	1036267897	Deisy	Natalia	Umaña	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
08	RC	1076339412	Emmanuel	Josias	Murillo	Martinez			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
09	RC	1076339545	Aylan	Estiven	Murillo	Perea			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
10	RC	1034931450	Jhoan	Santiago	Asprilla	Torres			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A					18	18	
11																
12																
13																
									TOTAL							

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO Katherine Figueroa M.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 28/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

Hoja ___ de ___

ADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NÚMERO DE CONTRATO: 665
AÑO: 2025
NCIÓN: COMUNITARIA
IÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO
Nombre Agente Educativo (a):
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS:

Centro Zonal: ISTMINA
Municipio:
CC 26329071
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS: 3107690875

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA					EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	# ASISTENCIAS	# NO ASISTENCIAS	
1079103279	Daniel	Dubil	Quintana	Perea	1	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
1076388343	Carlos	Daniel	Rivas	Cordoba	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
1079103384	Jeilin	Samara	Hinestroza	Murillo	1	3					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
1079102892	Paxli	Javianny	Lopez	Perea	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
1079103364	Jaidy	Gavianny	lopez	Perea	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
1076338130	Jair	Smin	Mina		3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A				17	1	
1078337656	Gian	Eccehomo	cetre		4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				17	1	
1079103304	Jhon	Erik	Mosquera	Murillo	1	5					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				18		
1078103304	Aris	Joel	Jordan	Padilla	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				17	1	

TOTAL

# NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
# NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
# MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO
orfapalacio

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F5.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: PAZCIFICO VIVE

NIT: 900937890-5

NÚMERO DE CONTRATO: 215

MES: Mayo

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO

Nombre Agente Educativo (a): Ayde

Código CUENTAME UDS:

Dirección UDS: villa pino

Centro Zonal: ISTMINA

Municipio: Istmina

CC 35696431

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:

Teléfono UDS: 3207371535

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1079102846	Dilan	Andres	Guerrero	Valoy	3	10
02	RC	1079103344	Luz	Fabianny	Martinez	Mosquera	1	4
03	RC	1076339428	sami	yolexdy	Moreno	Moreno	1	6
04	RC	1076338716	maifer	Jhoel	Abandia	moreno	3	0
05	RC	1076339485	Dency	Andrea	Mosquera	Hurtado	1	4
06	RC	1076339128	Jose	Ismir	Membocha	Abandia	2	0
07								
08								
09								
10								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
02		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
03		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
04		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
05		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
06		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						18		
07																													
08																													
09																													
10																													
	TOTAL																												

Verificación De Cobertura	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADOR(A) EA

Ayde Velasquez
RESPONSABLE DE GRUPO
35696431

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se con... CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: ____ 565
MES: 05 AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Completo HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmino
Nombre Agente Educativo (a): Hedido cordoba CC 26328364
Código CUENTAME UDS: 2736100067063 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Hedido cordoba
Dirección UDS: B/ independencia Teléfono UDS: 3234413602

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1079102680	Jadeth	Zamora	Gutiérrez	Murillo	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
02	RC	1076338043	Haiflyn	Alejandra	Hurtado	Riascos	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
03	RC	1076338207	Jailyn	Saray	Salazar	Murillo	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
04	RC	1076337966	Angel	David	palacios	Mosquera	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
05	RC	1076338152	Breider	daniel	Murillo	Aspirilla.	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
06	RC	1076338153	Breiner	daniel	Murillo	Aspirilla.	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
07	RC	1076338338	Jeidy	Judieth	Rivas	palacios	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
08	RC	1131045756	Dilan	Smith	Cossio	Cerda	3	9	A A A A A A A A I A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
09	RC	1076339265	Carlos	Jared	Amu	Mena.	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
10	RC	1076338498	Luis	Manuel	Rivas	Gil	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
11	RC	1076339421	Luisa	Emelin	Rivas	Gil	1	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
12	RC	1079102900	Haiflyn	Aleta	Murillo	Riva	3	0	A I A A A A A A I A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
13	RC	1076338010	Johan	David	Mosquera	Mosquera			A I A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
									TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Hedido Cordoba Cedinto
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

cc 26328364
Tel 3234413602
B/ independencia Jadeth

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :__ FUNDACIÓN NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CON 565
MES MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ HCB

IDENTIFICACIÓN 35697267 Hoja ___ de ___
Regional: _____CHOCO_____ Centro Zonal _____ istmina Municipio: _____ istmina
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY STELLA. MURILLC CC_____ ##
Código CUENTAME UDS: 2736100067024 _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención__ leidy Murillo
Dirección UDS: independencia _____ Teléfono UDS: _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.079.103.200	WEILYN	DARIANNA	REYES	PEREA	2							20		
02	RC	1.128.731.645	MARIA	CELESTE	HURTADO	QUINTO	3	8						20		
03	RC	1.079.102.767	CLARA	MARIANNY	MORENO	REYES	4	1						20		
04	RC	1.076.338.372	SHERILAN	YULISA	PEREA	IBARGUEN	3	4						20		
05	RC	1.078.859.044	TIAGO	ALEXANDER	MURILLO	MORENO	4	2						20		
06	Rc	1.128.026.527	MELEK	AILANY	LOPEZ	ALBORNOZ	2	7						20		
07	RC	1.076.339.290	YEILYN	ADHARA	MOSQUERA	MOSQUERA	1	9						20		
08	RC	1.128.730.900	YAILER	JOEL	RENTERÍA	PEREA	4	1						20		
09	RC	1.075.100.910	MARIA	YAJAIRA	PEREA	MARTINEZ	2							20		
10	RC	1.076.338.110	DILAN		MOSQUERA	OREJUELA	3	9						20		
11	RC	1.079.102.690	YEFERSON		MOSQUERA	ASPRILLA	4	5						20		
12	RC	1.076.338.276	YURIANNY	YISEH	MURILLO	MURILLO	3	6						20		
13	RC	1.116.383.808	WAINER	EMILIANO	PADILLA	URRUTIA	3	10						20		
														TOTAL		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Luis F. Amaya
COORDINADOR(A) EA

Leidy Murillo
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: 5 AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Mª Fabiola D. cc 26381170
Código CUENTAME UDS: 27361000067076 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Mª I
Dirección UDS: independencia Teléfono UDS: 3117485790

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS (PRIMERA / SEGUNDA / TERCERA / CUARTA / QUINTA: LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1079102624	Danny	Saray	Longo	Murillo	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
02	RC	1027815466	Yesly	Thaliana	Rivas	Longa	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
03	RC	1076337977	Yurlin	Estiven	Moreno	Murillo	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
04	RC	1076337972	Zoe	Sahiara	Vasquez	Cardona	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
05	RC	1076337973	Zadhian	Andres	Vasquez	Cardona	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
06	RC	1076 338360	Mya	Juana	Palacios	Quinto	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
07	RC	1079102929	Ishmael	-	Moreno	Rivas	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
08	RC	1079103113	Yosvar	David	Diaz	Perlaza	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
09	RC	1079102795	Amaris	Tireth	Valderrama	Castro	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
10	RC	1076338832	Xiara	Javianny	Torres	Hinestroza	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
11	RC	1079102926	Foreilyn	Benitez	Cordoba		3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
12	RC	1076339301	Jhoan	Andres	Quinto	Martinez	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
13	RC	1076338286	Hailyn	Sofia	Medina	Palacios	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
									TOTAL			

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Mª Fabiola Diaz
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	5/29/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Clementina Velasquez CC 26331374

Código CUENTAME UDS: 2734000671 4 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: clementina V

Dirección UDS: Independencia Teléfono UDS: 3225308277

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076338974	Freylin	Valeria	Quinto	Mosquera	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
02	RC	1076338809	Cristal	Naomi	Carta	Mosquera	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
03	RC	1076337955	Iam	Aron	Mosquera	Reyes	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
04	RC	1079103029	Danna	Pireth	Valencia	Rivas	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
05	RC	1076338385	Greicy	Sofia	Murillo	Palacios	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
06	RC	1076102442	Erick	Joel	Mena	Manyoma	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
07	RC	1076338901	Jhoan	Elias	Mosquera	Renteria	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
08	RC	1079107954	Johan	Andres	Murillo	Quinto	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
09	RC	1076338593	Genesis	Jired	Rivas	Mosquera	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
10	RC	1076338379	Teivon	David	Cordoba	Mena	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		20		
11													
12													
13													

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO: Maria clementina Velasquez

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Version 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 505

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Viasney CC 26328160

Código CUENTAME UDS: 273C1000620-81 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Viasney

Dirección UDS: Independencia Teléfono UDS: 3137096288

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C	1079102885	Juan	Esteban	Mosquera	Murillo	3	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
02	R.C	1079102857	Harlin	Nacly	Martinez	Urrutia	3	5					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
03	R.C	1079102592	Anthony	Smith	Mosquera	Rodriguez	4	1					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
04	R.C	1079102539	IAM	Santiago	Rivas	Mosquera	4	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
05	R.C	1076338369	Samuel		Martinez	Castro	3	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
06	R.C	1076338841	Elthan	Damian	Mosquera	Valencia	2	3					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
07	R.C	1076338486	Darius	Jhoel	Valencia	Valois	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
08	R.C	1076338520	Maria	celeste	Gutierrez	Hernandez	2	8					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
09	R.C	1077201285	Yormar	Andrian	Arboleda	Torres	3						A	I	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
10	R.C	1079103037	Kilian	Stiven	Mosquera	Mosquera	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
11	R.C	1079103138	Dian	Stevan	Asprilla	Hurtado							I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
12	R.C	1076338649	Derek	Yael	Moreno	Mosquera							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	20		
13																																			
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Yuliet P. Amaya
COORDINADOR(A) EA

Viasney Murillo T.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FORMATO 12.FF | 28/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565
MES: MAYO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Familiar COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Sandra Mosquera CC 35 695 605
Código CUENTAME UDS: 27361000670093 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Sandra M.
Dirección UDS: Independencia Valder Teléfono UDS: 3233052961

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	AUSENCIAS	
01	RC	1076339079	Luz	Estefany	Diaz	Murillo								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
02	RC	1076338725	Keren	Alaia	Mosquera	Murillo								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
03	RC	1076339108	Deimer	Elian	Mosquera	Quinto								A	A	A	A	A	A	I	I	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		16		
04	RC	1076338108	Dilan	Camilo	Morales	Martinez								A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	I	A	A	A	A	A	A	A		20		
05	RC	1076339460	Daniel	Yeshuar	Ruiz	Urrutia								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
06	RC	1079103050	Yoimar		Palacios	Romaña								A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
07	RC	1079102675	Keliany		Palacios	Romaña								A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
08	RC	1076339125	Joiner	Alexander	Mosquera	Largacha								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
09	RC	1076838879	Marian	Yahiana	Aspnilla	Mosquera								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
10	RC	1034932536	Jhon	Axel	Taborda	Rios								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
11	RC	1076338547	Zoé	Melissa	Rivas	Iobon								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
12	RC	1076339097	Karla	Yuiley	Quinto	Perea								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
13	RC	1076338528	Daiker	Gael	Hinestroza	Aspnilla								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
																																TOTALES			

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Beatriz E. Mosquera CC 26 327 809

Código CUENTAME UDS:

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Beatriz E. Mosquera

Dirección UDS:

Teléfono UDS: 3137872033

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																														
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1079107662	Eilys	Abril	Ibargüen	Quinto	4	8				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
02	RC	1079102869	Yailes	José	Mosquera	Martinez	3	7				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
03	RC	1079103069	Thiago	David	Murillo	palacios	2	10				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
04	RC	1076339001	Maylin	Zahara	Murillo	Córdoba	2	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
05	RC	1076339330	Marlyn	Isabella	Duque	Murillo	1	8				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
06	RC	1076339030	Derek	Alexander	Mosquera	Quinto	2	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
07	RC	1076338958	Beichell	Tamara	Morales	Granja	2	2				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
08	RC	1076339036	Yorladis		Murillo	Murillo	2	3				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
09	RC	1076339135	Owen		Perea	Torres	2	1				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
10	RC	1079103295	Sael	Smith	Córdoba	Salazar	1	6				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
11	RC	1076338477	Ezan	Yeray	Mosquera	Córdoba	2	6				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		20		
12																																						
13																																						

TOTAL

Verificación de Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Yuly P. Arnedo
COORDINADOR(A) EA

Beatriz E. Mosquera
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 585
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio:
Nombre Agente Educativo (a): Edna Ha Garcia M. CC 26 329 387
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección UDS: Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1076338519	AVRIL	Victoria	Hurtado	Gomez			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
02		1078859102	Antony	Jansuara	Lopete	Bernal			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
03		1079102821	Leanny	Victoria	Diaz	Valois			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
04		1079102363	Cristal		Urrutia	Martinez			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
05		1079338869	Yeicer	Stiven	Cordoba	Calceda			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
06		1077486427	Smith	Alexander	Arboleda	Hurtado			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
07		1077489370	Deilin	Alexandra	Arboleda	Hurtado			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
08		1076337859	Sutelli	Andrea	Reyes	Orejuela			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
09		1079102633	Yeilin	Alejandra	Calceda	Hurtado			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
10		1079102818	Luis	Carlos	Hosquera	Urrutia			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
11		1076339574	Daniel		Hosquera	Caceres			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
12		1078694467	David	Hosquera		Caceres			A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	18		
13																

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

Yuly P. Amus I
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: MAYO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja 1 de 1

Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Milsa Moreno CC 26329220

Código CUENTAME UDS:

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Milsa Moreno

Dirección UDS: Teléfono UDS: 3215728497

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1076339136	Hader	Dalian	Rentería	Mosquera	2	1								15		
02		1076339276	Ector		Mena	Cordoba	1	8								15		
03		1076338931	Kenier		Murillo	Ibargüen	2	3								17		
04		1076338296	Shaire'		Terna	Murillo	3	5								17		
05		1076339195	Yeiser	David	Escobar	Mosquera	1	9								17		
06		1079102987	Neifer	Josue	Rovira	Mosquera	3	5								15		
07		1076338241	Dossy	Halennys	Valencia	Mosquera	2	1								18		
08		1076339038	Yeimi	Katalaya	Mosquera	Mosquera	3	4								18		
09		1079103020	Dania		Cordoba	Cordoba	3	1								18		
10		1079102787	Flor	Estelin	Cordoba	Zuñiga	3	2								15		
11		1079102744	Carlos	David	Moreno	Diboleda	4	0								18		
12		1076338329	Hazlin	Michel	Caceres		3	4								16		
13																		

TOTAL:

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Milsa Moreno Borja
COORDINADOR(A) EA

Milsa Moreno Borja
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: 05 AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Minerva R. CC 26328511

Código CUENTAME UDS:

Dirección UDS: B/ Pueblo nuevo

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Minerva R.

Teléfono UDS: 3126180528

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1079002982	Jesus	manuel	lopez	largacha	3	6						19		
02	RC	1034930548	damian	Isaac	Hurtado	morey	3	10						18		
03	RC	1078473433	Leyder	David	robledo	blanco	3	11						19		
04	RC	1076339075	Emily	Ximena	mieles	Palacios	2	1						19		
05	RC	1076338334	damiany		cordoba	mosquera	3							19		
06	RC	1076338912	Jannyl	Yuliana	mosquera	Bravo	2							18		
07	RC	1128739728	Zoe	antonella	ospina	Valois	2	8						19		
08																
09																
10																
11																
12																
13																
													TOTAL			

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NINAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Yinley P. Amaya
COORDINADOR(A) EA

Minerva Rivas M
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 585
MES: 05 AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal: ISTMINA Municipio:
Nombre Agente Educativo (a): Carmen Yimi Q CC 26328227 15
Código CUENTAME UDS: 26100,08,09—24
Dirección UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carmen Yimi Q.
Teléfono UDS: 3147336777

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1076338717	ANTONI	DAVID	IBARGUEN	SANCHEZ	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
02	RC	1076338991	IZAN	DANIEL	QUINTO	MURILLO	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
03	RC	1128734 76	OWEN	ESMITH	CORDOBA	PALACIO	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
04	RC	1076825386	CRISTIAN	ESMITH	IBARGUEN	MOSQUERA	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
05	RC	1076337861	MAILIN	DAYANA	MARTINES	COLLAZO	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
06	RC	1079102942	DEIMAR	JHOEL	TORRES	WALDO	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
07	RC	1128731418	ERIK	DAVID	PALACIO	MOSQUERA	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
08	RC	1076339019	CELESTE		PARRA	RAMIRES	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
09	RC	376338163	CARLIN	EDUARLIN	PALACIO	QUINTO	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
10	RC	1076338430	YEILI	VIVIANA	MURILLO	MARTINES	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
11	RC	1079103015	ASLI	ROMINA	ZALAZAR	MARTINES	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
12	RC	1023051132	YEICO B		MOSQUERA	GARCIA	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	18		
13												

GRUPO de estudio

TOTAL 18

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 0 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 0 MESES ASISTENTES	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

COORDINADOR(A) EA

Carmen Yimi Quinto H
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNADACION NUEVO VIVIR

NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 565

MES: Mayo AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN

Hoja ___ de ___

Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina

Nombre Agente Educativo (a): Juana Raquel Moreno CC 26328405

Código CUENTAME UDS: 27361000669 30 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Juana R moreno

Dirección UDS: B/ Pueblo Nuevo Teléfono UDS: 320602337

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076339299	DULCE	María	Moreno	Mosquera	3	8			18		
02	RC	1128730836	Harlin	Yire	Ibargüen	Palacios	4	6			18		
03	RC	1079102882	Zamara	Yaritza	Achito	Urrutia	1	9			18		
04	RC	1030151529	Antonela		Osorio	Mepaquito	3	6			18		
05	RC	1076338689	Janier		Osorio	Mepaquito	2	5			18		
06	RC	1076339426	Vianny	Johana	Mosquera	Urrutia	2	0			18		
07	RC	1032195873	Marisol		Baron	Rivas	3	5			18		
08	RC	1035017723	Isaac		Aguirre	Rios					18		
09	RC	1033207268	Mia	Victoria	Quinto	Palacios	2	8			18		
10	RC	1079102135	Isai	Daniel	Diaz	Orejuela	2	4					
11	RC	1032035713	Deimar	Felipe	Foronda	Serna							
12													
13													

TOTAL

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Juana R Moreno
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 545
MES: Mayo AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: Istmina
Nombre Agente Educativo (a): Luz Janeth B I CC 43107207
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: Primavera
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Luz Janeth B I
Teléfono UDS: 3229436318

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1076338033	Keidy	Zarela	Manyoma	Cortez	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
02	RC	1076338068	Emanuel		Ibargüen	Asprilla	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
03	RC	1076338676	Yerik	Samuel	Urrutia	Asprilla	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
04	RC	1076339445	Lized	Milena	Manyoma	Sanchez	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
05	RC	1076339472	Isabel		Moreno	Lopez	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
06	RC	1076825468	Luis	Angel	Asprilla	Rivas	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
07	RC	1079703785	Elianny	Yiseth	Rivas	Mosquera	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
08	RC	1079703396	Dylan	Smith	Manyoma	Ibargüen	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
09																																
10																																

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	08
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Yirley P. Amu
COORDINADOR(A) EA

Luz Janeth Benitez Ibargüen
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 27005652024
MES: Mayo AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): MARIA NILVIA CC
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: CHIGORODO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención :MARIA NILVIA
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076339761	MARIAN	JAVIANNY	MOSQUERA		0	4		12		
02	RC	1076339767	YEIKERE	MATIAS	HURTADO	COPETE	0	3		12		
03	RC	1076339772	ABDIL	ALAHIA	MARTINEZ	OREJUELA	0	3		12		
04	RC	1073669454	EMILIANO		QUINTO	QUINTO	1	4		12		
05	RC	1076339047	YOSMER	ELIAM	QUINTO	CORREA	2	3		12		
06	RC	1076339173	DEILIN	JARLEICY	QUINTO	QUINTO	1	3		12		
07	RC	1076339229	KELHANI	ANDREA	QUINTO	MOSQUERA	1	4		12		
08	RC	1076339255	YEAN	ANDRES	QUINTO	PALACIOS	1	3		12		
09	RC	1076339438	JEINER	ANDRES	QUINTO	MARTINEZ	1	3		12		
10	RC	1079103487	EHILAN	ADHARA	QUINTO	MOSQUERA	0	5		12		
11	C.C.	1076331817	ZULANLLY		QUINTO	MOSQUERA	31			12		
	T.I.	1045136666	KAREN	YAJAIRA	RENTERIA	SERNA	20			12		
										TOTAL		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	3
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Yiny P. Amos
COORDINADOR(A) EA

Mª Nilvia Quinto
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 27005652024
MES: MAYO AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): _ PIEDAD ARRIAGA CC
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: BASURU Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDAD ARRIAGA
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1076338835	GAEL	ISAAC	ZAMARO	RENGIFO	2	2
02	RC	1076339052	GERONIMO		MOSQUERA	MURILLO	2	4
03	RC	1076339303	MARIA	VALENTINA	QUINTERO	PEREA	1	3
04	RC	1076339595	DEIMARY		TAMATO	CORTEZ	0	2
05	RC	1077488264	ELIAM	JOSUE	CASTILLO	DIAZ	2	
06	RC	1077490772	ZAHIEN	ABDIEL	IBARGUEN	ASPRILLA	0	
07	RC	1079103528	DYLAN	ANDRES	MURILLO	BENITEZ	0	
08	C.C.	1076320282	FLOR	MARIA	MOSQUERA	MORENO	31	
09	C.C.	1076325506	LILIANA		MOSQUERA	URRUTIA	36	
10	C.C.	1131185850	JASELIN	STHER	MURILLO	POTES	30	
11	RC	1089512600	OLEISA	YOHANA	ANGULO	CORDOBA	16	
12	T.I.	1003914921	ROSY	ISELA	IBARGUEN	VALENCIA	25	

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
01						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
02						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
03						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
04						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
05						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
06						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
07						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
08						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
09						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
10						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
11						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		
12						A	A	A			A	A	A			A	A	A			A	A	A		

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	12		
	12		
	12		
	12		
	12		
	12		
	12		
	12		
	12		
	12		
	12		
	12		

TOTAL

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

COORDINADOR(A) EA

Piedad Arriaga
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION POR UN NUEVO VIVIR
NIT: 900415764-0 NÚMERO DE CONTRATO: 27005652024
MES: 05 AÑO:2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN:FAMILIAR COMUNITARIA HCB
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: CHOCO Centro Zonal ISTMINA Municipio: ISTMINA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): MIRNA CORDOBA CC
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: BASURU Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIRNA CORDOBA
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1076339564	KEIDY	YISETH	LOZANO	MORENO	0	4		12		
02	RC	1076339628	SARETH	VIVIANYS	QUINTO	QUINTO	0	4		12		
03	RC	1076339644	JAILYN	ISABELA	LOZANO	MOSQUERA	0	3		12		
04	RC	1078475119	SHARON	JHOANA	URRUTIA	AGUILAR	1	2		12		
05	RC	1079103280	DEHIAM		URRUTIA	BORJA	1	3		12		
06	RC	1079103327	LUCCAS		MORENO	GOMEZ	1	4		12		
07	RC	1079103433	DEILY	SAMARA	MARTUNEZ	MORENO	0	5		12		
08	C.C.	1007545162	MARIA	DIOCELINA	MOSQUERA	MOSQUERA	28			12		
09	C.C.	1076329724	MARICEL		MORENO	MARTIINEZ	32			12		
10	C.C.	1076330208	YADIRA		PALACIOS	MOSQUERA	31			12		
11	C.C.	1079093789	ELISA		MOSQUERA	MARTINEZ	22			12		
12	C.C.	1133664337	LUZ	YAMIRA	MOSQUERA	COPETE	36			12		
13	T.I.	1077998700	YASURY	LILIBETH	CONSUEGRA	SANCHEZ	18			12		
14	T.I.	1079099600	DARILESSI		MOSQUERA	CORDOBA	19			12		
15	T.I.	1193411424	YULI	MILENA	LOZANO	LARGACHA	25			12		
										TOTAL		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	3
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	8

COORDINADOR(A) EA

MIRNA CORDOBA
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012